

Dane oferenta :

.....  
Imię i nazwisko / Nazwa\*

....., dnia.....

.....  
Adres / Siedziba\*

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Telefon

.....  
Adres e-mail

.....  
(numer wpisu do właściwego rejestru i  
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....  
NIP

.....  
REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J.  
Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym  
SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul.  
Szwajcarskiej 3  
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

## **OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w zakresie neurochirurgii – leczenie szpitalne w Oddziale Neurochirurgii**

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zarządzenia Dyrektora nr 73 z dnia 17 grudnia 2021 r., Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i pracy komisji konkursowej, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy (dalej: umowa) na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania ofert.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej:

.....% wartość brutto za 1 wypracowany punkt

.....% wartości brutto za konsultacje dla podmiotów zewnętrznych

.....% wartości brutto za świadczenia udzielane pacjentom finansowanym ze środków innych niż kontrakt z NFZ

- przy czym szczegółowe zasady rozliczania i wynagradzania z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu określają postanowienia umowy.

Za wykonywanie czynności związanych z przeszczepem komórek, tkanek i narządów określone w Ustawie z dnia 1 lipca 2005 roku **Wynagrodzenie Oferenta** będzie ustalane wg aktualnych stawek wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 ze zm.).

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na okres **od.....**  
**r. – do .....**r. oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem konkursu. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty <sup>1</sup>

Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię w terminie zgodnym z postanowieniami umowy.

Oświadczam, że odbędę przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej umowy.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Udzielającego zamówienia mojej oferty dokonam wpisu w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą uwzględniającego rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w ofercie,

wykonywanych w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia w terminie do dnia ..... roku.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U.2019.1781 ze zm.) wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym dla przeprowadzenia Konkursu oraz jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....  
( pieczęć i podpis)

**W załączeniu składam:**

1. aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego
3. kserokopię dyplomu
4. kserokopię dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia

.....  
( pieczęć i podpis)

\*niepotrzebne skreślić

